48e Année, IIIe Série, t. II. NUMÉRO 23. 3 juin 1880

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le N° : 20 cent.— Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

Vente au Numéro chez tous les Libraires. — Dépôt à la libr ... reçoit les abonnements.

La Séance de l'Académie.

M. Garrigou a résolu un problème difficile. En effet, cet honorable chimiste a trouvé le moyen de mettre le feu à la commission des eaux minérales et cela avec l'eau de Saint-Nectaire. Comme résultat, c'est assez complet! La commission formée d'hommes paisibles et craignant Dieu, sinon le mercure de M. Garrigou, se défend quand on l'attaque et aujourd'hui, par l'organe de M. le secrétaire perpétuel, elle a tenu à protester contre les allégations du chimiste toulousain. Jusqu'ici cette discussion ne paraît pas devoir tourner à l'avantage de ce dernier, au contraire. On nous annonce une brochure, nous reparlerons donc de cette question si intéressante. En attendant nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les documents lus à la tribune par M. Béclard, avec le talent de diction que chacun lui envie et que, pour notre part, nous voudrions voir posséder par tous les académiciens qui nous infligent de temps en temps de longs et fastidieux rapports. Ceci n'est point dit pour M. Bourgoin qui a trouvé le moyen de faire un rapport sur le prix Buignet à la fois très substantiel et très court, deux qualités rares surtout à l'Académie.

M. Pasteur n'a pas voulu rester sous le coup des critiques que lui avait adressées M. Depaul dans la précédente séance. Après une répétition générale donnée dans la salle de la bibliothèque, à quelques amis et à la presse, dans laquelle M. Pasteur a fait feu et flammes contre ses adversaires passés, présents et futurs, l'honorable savant a répété sa démonstration à la tribune académique.

Vous croyez peut-être que M. J. Guérin s'est montré satisfait? Pas du tout! Il a déclaré avec cet air aimable qu'on lui connaît, qu'il n'était pas convaincu. Si au moins M. J. Guérin avait dit ce qui manquait à son édification M. Pasteur aurait pu insister, mais celui-ci a préféré infliger à son tenace adversaire sa dédaigneuse pitié.

M. Pasteur dans le cours de sa démonstration a dit : « Je ne puis pas, Messieurs, faire l'expérience ici, parce qu'il y a trop de germes! »

Pourvu qu'après le microbe du choléra des poules, M. Pasteur ne trouve pas celui du choléra des académiciens!

CLINIQUE MÉDICALE

De l'ictère grave.

Bien que les médecins longtemps avant notre époque, c'est-à-dire depuis F. Rubœus (1660), Morgagni, etc., aient observé des cas d'ictère accompagné de phénomènes nerveux et d'hémorrhagies graves, ce n'est réellement que depuis la seconde moitié du siècle que commence l'histoire de cette affection.

Déjà avaient paru quelques faits isolés considérés par leurs auteurs, Andral, Marsh, Alison, Bright, etc., comme exceptionnels ; mais c'est surtout à partir de 1843 que des travaux importants paraissent simultanément en Allemagne, en Angleterre et en France sur le même sujet.

A Vienne, Rokitansky d'abord décrit dans son manuel d'anatomie pathologique les lésions de l'*atrophie jaune aiguë* du foie. En Angleterre, Budd et Handfield Jones contribuent l'un à créer le type clinique, l'autre à montrer qu'il correspond à la destruction des cellules du foie. En France, Ozanam étudie les formes de l'ictère essentiel; à l'une d'elles il donne le nom d'ictère *grave*.

Dès lors le mouvement est donné et de nombreux travaux sur ce sujet se succèdent rapidement. Lebert, Bamberger, Ch. Robin, Frerichs, Monneret, Blachez, Trousseau et tant d'autres d'égale valeur discutent sur la nature de l'affection.

Enfin dans ces dernières années, MM. Charcot, Vulpian, Brouardel, Bouchard, Feltz, Ritter, Cornil, Hanot, Gombault, Decaudin, etc., en France; Kühne, Moleschott, Rosenstein, Muller, Murchison, etc., à l'étranger, apportent de nouveaux faits et de nouvelles considérations sur l'ictère grave. Ce sont les résultats de tant d'importants travaux que M. Mossé, aujourd'hui agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, résume dans une thèse remarquable (1) et à laquelle nous puisons la plupart des détails qui vont suivre. Après avoir analysé et groupé tous les faits publiés jusqu'alors, M. Mossé établit dans l'étude de l'ictère grave les divisions suivantes :

1° Ictère typhoïde ou grave primitif (ictère grave proprement dit);

2° Ictères graves secondaires (ictères graves par insuffisance hépatique);

3° Ictère aggravé, c'est-à-dire ictère primitivement catarrhal, bénin, prenant rapidement les allures d'un ictère grave à cause des conditions pathologiques antérieures et particulières à l'individu frappé.

1° L'anatomie pathologique de l'*ictère grave primitif* est encore loin d'être complète, cependant il est possible d'après l'examen d'un grand nombre d'observations de grouper les lésions dans un tableau un peu schématique, il est vrai, mais qui présente les avantages du schéma, s'il en a les inconvénients.

Première période. — Congestion du foie, augmentation de volume. L'aspect lobulé est visible à la coupe. Tuméfaction trouble marquée (c'est la lésion du foie observée dans toutes les fièvres graves). Cette période peut n'être pas dépassée, le malade guérit, ou n'être pas observé.

Deuxième période. — La consistance et le volume du foie commencent à diminuer. D'une façon absolue, ils sont dans les proportions à peu près normales. A la coupe, teinte ictérique plus ou moins prononcée, marbrures.

L'aspect granuleux normal ne s'aperçoit plus. Anémie du parenchyme, parfois hémorrhagies. Au microscope, tuméfaction trouble plus ou moins marquée, apparition de gouttelettes graisseuses et parfois pigment biliaire dans l'intérieur des cellules ; quelques-unes commencent à s'atrophier, d'autres même peuvent être entièrement désagrégées; granulations protéiques. L'espace périlobulaire est augmenté (exsudat albumino-fibrineux, Frerichs), parfois contient quelques gouttelettes graisseuses, quelques corpuscules lymphoïdes (Severi) ou des noyaux embryonnaires qui vont évoluer en tissu conjonctif.

Si la marche de la maladie est sidérante et que la mort survienne avant que les lésions de cette deuxième période soient très marquées, le foie paraîtra normal ou presque normal, surtout à l'œil nu.

Troisième période. — Lésions macroscopiques de l'*atrophie jaune aiguë* arrivée à son maximum. A cette période, ainsi que cela est décrit dans une observation citée, on peut, en portant sous le microscope le produit du raclage à l'état frais, « trouver tous ces états intermédiaires entre la cellule hépatique du volume normal et la cellule complètement atrophiée en voie de disparition; » on trouve enfin des cristaux de leucine et tyrosine.

Ces produits de désassimilation pouvaient déjà exister à la période précédente. Apparition, au milieu du tissu conjonctif, d'éléments nouveaux sur la nature desquels on n'est pas encore bien fixé, et qui probablement servent à la régénération des cellules hépatiques. Dans quelques cas d'ictère typhoïde on a pu constater une prolifération notable du tissu conjonctif interstitiel.

Quatrième période. — Tendance à la réparation. Réparation des désordres antérieurs. Dans quelles limites a-t-elle lieu, peut-elle être complète? Les faits manquent pour répondre avec précision.

Ces quatre périodes peuvent n'être pas parcourues; la guérison ou la mort peuvent survenir après chacune d'elles. Cliniquement,

(1) Étude sur l'ictère grave, 1879. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

la quatrième période a pu se présenter dans de telles conditions que le malade a pu être considéré comme tout à fait guéri. Anatomiquement les faits que l'on possède ne permettent pas d'avancer avec quelque certitude qu'il en est réellement ainsi. La solution de cette question doit être réservée pour des recherches ultérieures.

Outre les lésions que nous venons de signaler, il existe des altérations chimiques de la substance du foie. Déjà Robin, Frerichs avaient signalé l'existence dans le parenchyme hépatique de matériaux de désassimilation (leucine, tyrosine) qui ne s'y rencontrent pas à l'état normal.

M. Quinquaud, dans deux cas, a trouvé une augmentation notable dans la quantité des matières extractives contenues dans le foie, lesquelles avaient, dans ce cas, presque doublé. C'est évidemment là l'indice d'un trouble profond survenu dans la nutrition du foie.

Depuis quelques années surtout, on a attiré l'attention sur les lésions que présentent le rein, lesquelles se rapprochent beaucoup de celles que l'on a décrites dans le foie. Dès lors a pris naissance la théorie rénale de l'ictère grave. Les noms de Frerichs, Genouville, Bouchard, Brouardel, Decaudin se rattachent surtout à ce point de l'ictère grave. Ces lésions consistent surtout en une altération générale de l'épithélium des tubes; celui-ci est trouble, granuleux, déformé, manque en plusieurs points; ces lésions peuvent aboutir à la dégénérescence granulo-graisseuse. Dans les urines on trouve des cylindres granulo-graisseux.

Ces altérations constatées du côté du rein ont été rattachées par quelques auteurs à l'irritation produite par la bile ou les matières extractives éliminées par les tubuli; mais aujourd'hui on tend à les attribuer à une dyscrasie du sang et cela pour plusieurs raisons. Souvent en effet les lésions rénales sont plus avancées que celles du foie; la jaunisse est d'ordinaire peu intense et l'élimination du pigment peu abondante dans l'ictère grave; au contraire dans l'ictère catarrhal où la coloration des téguments peut être beaucoup plus foncée, et même dans les ictères chroniques, l'examen chimique et histologique des urines est loin de déceler une lésion rénale aussi grave que celle à laquelle on a affaire dans l'ictère typhoïde. Aussi, sans nier cette cause irritative locale, c'est à une modification générale du sang qu'il faut accorder le rôle le plus important dans la production de ces lésions rénales.

Le sang dans le cas d'ictère grave aurait, d'après M. Vulpian, les caractères du sang dissous, c'est-à-dire que « les globules rouges sont moins nombreux, une grande partie a disparu par la dissolution et beaucoup de ceux qui restent ont perdu leur aspect discoïde pour prendre une forme sphéroïdale. Le sérum a une teinte lie de vin. Il contient d'ailleurs des substances qu'on n'y trouve pas à l'état normal, comme la tyrosine, la leucine, la xanthine, l'hypoxanthine, produits de dénutrition qui résultent de la décomposition des matières azotées. Ajoutez à cela une augmentation des proportions de l'urée, des matières grasses et de la cholestérine. » Toutefois quelques analyses récentes (Arnoud et Cogne) semblent au contraire démontrer que le sang est pauvre en urée. Ce fait semble être en faveur de la théorie nouvelle qui accorde au foie un rôle important dans la production de l'urée, théorie qui compte aujourd'hui de nombreux partisans (Murchison, Charcot, Brouardel). « Le foie s'atrophiant fait moins d'urée, il y en a moins dans le sang. » Ces analyses et les observations qui les accompagnent sont encore trop incomplètes pour fixer ce point de l'ictère grave; il faudrait en effet des tableaux comparatifs des quantités d'urée contenues dans le sang et de celles éliminées journellement par les urines. Si l'urée était en plus faible quantité dans le sang on ne pourrait plus rapporter les accidents à l'urémie; il faudrait alors accuser la rétention des matières extractives, bien que ces dernières (leucine, tyrosine) injectées dans les veines d'un animal (Frerichs) n'aient point amené de désordres importants. De nouvelles recherches sont donc nécessaires sur ce point.

La rate est plus ordinairement augmentée de volume, congestionnée, ramollie comme dans la plupart des fièvres graves. Le cœur est quelquefois atteint de dégénérescence granulo-graisseuse. Telles sont les principales lésions que l'on rencontre dans l'ictère grave.

L'histoire clinique de cette affection est assez bien connue aujourd'hui; elle nous arrêtera peu. On peut diviser tous les cas en trois groupes selon la prédominance des symptômes importants. On peut dès lors décrire : 1° une forme hémorrhagique; 2° une forme nerveuse; 3° une forme mixte ou commune. Cette dernière est la plus fréquente; c'est celle que nous prendrons pour type de notre description.

(*A suivre.*)

CLINIQUE EXTERNE

De la sychnurie ou sychno-micrurie et de son traitement par la dilatation lente progressive de la vessie au moyen des injections forcées, par M. le Dr Moreau-Wolff.

(Suite.)

Voyons, maintenant que nous connaissons l'appareil instrumental nécessaire, comment on doit procéder à la dilatation progressive du réservoir urinaire, par notre méthode d'injections forcées.

Il est bien entendu qu'avant de commencer le traitement, on doit avoir acquis, par une exploration attentive de la région, les notions les plus précises sur la forme, le calibre, la direction et la sensibilité de l'urèthre, afin de n'employer, du premier coup, et sans tâtonnements, qu'une sonde appropriée comme courbure, comme consistance et comme forme au cas qu'on a à traiter.

Le patient doit être placé debout, le dos appuyé contre un meuble solide, ou mieux, contre la muraille, les jambes légèrement écartées, la tête haute; l'opérateur s'asseoit en face de lui sur un siège d'une hauteur convenable.

L'injection, au degré de température voulu (1) est versée dans un vase placé bien à la portée de sa main, ainsi que la seringue, de manière à perdre le moins de temps possible et à agir méthodiquement, sans précipitation, mais néanmoins avec rapidité, afin de ne pas laisser à la vessie, surtout lors des premières séances, le *temps de se reconnaître*.

Si nous ne donnons pas le conseil de charger la seringue à l'avance, c'est qu'il peut survenir de petits incidents impossibles à prévoir qui, apportant du retard à l'injection, lui permettent de trop se refroidir.

Lorsqu'on est assisté d'un aide intelligent, auquel on peut confier, au moment propice, le soin de remplir la seringue, tous ces petits inconvénients peuvent être évités, mais si on est seul, il est préférable d'attendre que la sonde soit introduite avant de charger l'instrument injecteur. On procède donc avec la plus grande douceur au cathétérisme, avec l'instrument dont on a fait choix, en s'efforçant d'atténuer, autant que faire se peut, l'acuité des sensations que son contact avec la muqueuse urinaire détermine chez le malade; dès que la sonde a pénétré dans la vessie, on cesse de l'enfoncer pour ne pas heurter les parois du viscère, que l'on vide de suite avec soin.

---

(1) Nous conseillons toujours de lui donner 35° C. à 36° C. à cause du refroidissement qui se fait si promptement, aussi bien dans le vase qui la renferme que dans le corps de la seringue.

Ayant alors rapidement rempli la seringue, et introduit sa canule dans le pavillon de l'algalie, doucement, sans lui imprimer de secousses, on fait pénétrer l'injection. On constate facilement, par ce moyen, la capacité du réservoir urinaire, ou pour mieux dire, la quantité de liquide qu'il peut contenir, jusqu'à ce que le malade accuse le besoin d'uriner. On note avec soin le nombre de grammes de liquide qu'on vient d'introduire et, sans désemparer, l'on continue à pousser l'injection, jusqu'à ce que l'envie d'uriner devienne assez impérieuse pour qu'on juge prudent de s'arrêter. Après avoir lu sur la tige du piston la somme totale du liquide qu'on a pu introduire dans la vessie, et si la tolérance de l'organe le permet, après avoir laissé écouler l'injection, soit naturellement par l'urèthre, soit, ce qui est préférable pour éviter un nouveau cathétérisme, par la sonde elle-même, on procède de la même façon à une nouvelle dilatation.

On ne doit jamais se laisser entraîner, quelle que soit la tolérance apparente de la vessie, à pratiquer plus de deux injections le même jour et, à plus forte raison, dans la même séance, et l'on ne doit même chercher à augmenter que de bien peu la quantité du liquide injecté la seconde fois. En agissant autrement, on risquerait fort de déterminer des spasmes et même des contractures des muscles de l'appareil urinaire et de retarder la marche favorable du traitement.

Après la séance de dilatation, le malade doit éviter toute fatigue, et autant que la chose lui est possible, garder le repos à la chambre au moins pendant quelques heures.

Si, lorsqu'on procède à la dilatation progressive d'un rétrécissement de l'urèthre, il est de règle d'espacer plus ou moins les séances, afin de laisser reposer (comme on dit vulgairement) le canal et d'éviter les accidents de diverse nature que peut produire le passage trop fréquent des bougies ; dans la dilatation progressive de la vessie par notre méthode, il est nécessaire, au contraire, principalement au début du traitement, de pratiquer tous les jours une injection, car il ne faut pas perdre de vue que le succès n'étant obtenu ici que grâce à une patience infinie et à une augmentation graduelle presque insensible de la quantité du liquide injecté dans la vessie, les progrès quotidiens sont si minimes, qu'il suffit de laisser l'organe deux jours sans dilatation pour le voir revenir de nouveau sur lui-même et perdre le peu de capacité qu'on avait réussi à lui donner.

C'est ici le cas de dire que lorsque l'on ne gagne pas de terrain on en perd ; du moment, en effet, où par l'emploi de notre méthode on n'obtient pas une augmentation de jour en jour plus marquée de la capacité intérieure de la vessie, les injections ne peuvent être que nuisibles, par suite de l'état d'agacement et de contractilité exagérée dans lequel elles entretiennent les parois du réservoir des urines. Qu'on n'oublie pas que le traitement est uniquement institué dans le but de dilater la vessie, et que les injections n'ont pas d'autre rôle à remplir que celui de dilatateur. Il ne s'agit point ici de modifier directement l'état de la muqueuse vésicale par des topiques doués de propriétés détersives, modificatrices ou calmantes quelconques, mais tout simplement d'augmenter la capacité intérieure du viscère par un procédé *mécanique* approprié. De même que pour les rétrécissements de l'urèthre traités par diverses méthodes de dilatation, l'heureuse influence du traitement sur la vitalité de l'organe ne tardera pas à se faire sentir, mais ce ne sera qu'après avoir agi en tant que procédé de dilatation.

Indications et contre-indications de la dilatation progressive de la vessie dans la sychnurie. — Voyons maintenant quels sont les cas de *sychnurie* dans lesquels nous conseillons de recourir à la dilatation progressive de la vessie par les injections forcées.

Il est bien évident que lorsqu'il existe une lésion ou une maladie bien déterminée en un point quelconque des voies génito-urinaires la chance que l'on a de réussir à faire cesser la *sychnurie* est entièrement subordonnée à la nature de l'affection qui en est la cause déterminante, et dont il faut avant tout (ainsi que le simple bon sens l'indique) s'attacher à débarrasser le malade. En agissant autrement, non seulement on n'obtiendrait aucun résultat favorable, mais encore on risquerait fort d'aggraver la situation par des manœuvres intempestives de dilatation vésicale.

Avons-nous besoin d'ajouter que lorsque la cause efficiente de la *sychnurie* est une maladie incurable par son essence même, telle que le cancer, le tubercule, les fongus, ou lorsque la désorganisation de l'organe affecté (reins, vessie, prostate, etc.) est parvenue à un degré qui ne permet plus de conserver aucun espoir, il est pour le moins inutile de chercher à rendre à la vessie sa capacité normale au moyen des injections forcées.

En conséquence, notre méthode de dilatation vésicale n'est pas applicable dans le cas de cancer, de tubercules et de fongus d'une des parties constituantes de l'appareil génito-urinaire.

Si la fréquence des mictions est due à un rétrécissement de l'urèthre, ou à la présence d'un calcul dans l'appareil urinaire, il est bien entendu qu'on ne devra songer à l'employer que lorsque le canal aura repris son calibre normal, ou quand le corps étranger aura été extrait d'une façon ou d'une autre ; on agira de même lorsque la cause déterminante de la *sychnurie* résidera dans une affection des vésicules séminales, des conduits éjaculateurs ou du rectum.

Il est tout à fait exceptionnel de voir une *maladie des reins* ou des uretères en se propageant jusqu'à la vessie produire une *sychnurie* justiciable de notre méthode de traitement.

Il faut, en effet, qu'une affection des reins offre une certaine gravité pour que son retentissement inflammatoire ou sympathique sur le réservoir urinaire y détermine des troubles fonctionnels aussi marqués. De plus, si ces troubles coïncident avec une diminution considérable de la capacité vésicale, c'est que l'affection rénale existe depuis longtemps déjà, que le rein est profondément et irrémédiablement altéré dans sa structure, et que, par suite, il nous est interdit de chercher à modifier l'état de la vessie ; lorsque nous savons que nous ne pouvons le faire qu'en risquant, jusqu'à un certain point, d'abréger des jours déjà comptés, et cela sans espoir de soulagement certain. Nous devons dire à ce propos que, vu la solidarité si étroite qui existe entre les divers organes qui composent l'appareil urinaire, lorsque l'on a lieu de supposer que le rein est le siège d'un travail morbide quelconque, on doit user d'une grande circonspection dans l'emploi du traitement que nous préconisons.

Cette recommandation n'a rien qui doive surprendre, car on sait qu'il est de règle dans le traitement des maladies des voies urinaires, lorsqu'il existe la plus légère complication du côté des reins, de suspendre ou de retarder toute manœuvre nécessitant le cathétérisme (quand elle n'est pas absolument indispensable), de crainte de provoquer une exacerbation de l'affection rénale, accident dont il est toujours difficile de prévoir les conséquences.

Nous conseillons donc, pour peu qu'il y ait trace d'inflammation ou d'irritation rénale, d'attendre que tout soit rentré dans l'ordre de ce côté avant de commencer le traitement.

(*A suivre.*)

MÉDECINE LÉGALE

De la valeur médico-légale des signes de la pédérastie active et passive, par M. le Dr Brouardel (*Gazette hebdomadaire*).

(Suite et fin).

Depuis les satiriques latins, les pédérastes sont réputés avoir

souvent des hémorrhoïdes, des rhagades, des marisques. Or, les recherches anatomiques sur le trajet des veines hémorrhoïdales et sur leur traitement, poursuivies par M. Verneuil depuis plusieurs années, démontrent que ces veines traversent les fibres du sphincter à travers des anneaux musculeux. La contracture du sphincter a pour conséquence d'étrangler ces veines, d'amener leur dilatation hémorrhoïdale. Le traitement par dilatation simple du sphincter, préconisé par M. Verneuil, prouve que la cessation de ces étranglements a pour effet de faire disparaître les hémorrhoïdes.

La contracture fréquente du sphincter avait produit les mêmes effets chez les pédérastes et explique la fréquence des hémorrhoïdes par suite de la pédérastie passive.

Cette façon d'interpréter les causes des déformations de la région anale chez les pédérastes permet de comprendre leurs diverses variétés. Les contractures du sphincter et du releveur ne sont pas toujours associées. Si le sphincter est seul contracturé, il n'y a pas d'infundibulum; si le releveur de l'anus l'est seul l'orifice anal est dilaté, ouvert, béant quelquefois en même temps qu'il est élevé. Nous ne saurions prévoir et indiquer tous les cas possibles.

Ces déformations ont donc une valeur, mais ne sont pas caractéristiques. Toutes les lésions douloureuses de la marge de l'anus peuvent les produire. Lorsque le médecin légiste constatera un infundibulum anal, un relâchement de l'anus, la disparition des plis anaux, il devra faire un diagnostic, reconnaître la cause de ces diverses modifications ; mais il ne devra pas conclure sur simple constatation qu'elles sont le résultat de la pédérastie passive : d'autres causes peuvent les produire.

M. Brouardel dit ensuite quelques mots sur deux points spéciaux : la saillie des formes en particulier des fesses chez les pédérastes passifs et la gracilité fréquente de la verge chez les pédérastes actifs.

Il est un fait reconnu par tous les médecins légistes, c'est que les pédérastes passifs ont très souvent un habitus féminin. En laissant de côté ce que la coiffure, les cosmétiques, l'art de la toilette, peuvent ajouter à cet extérieur en les féminisant davantage, il est vrai que quelques-uns, mais quelques-uns seulement des pédérastes, ont cet habitus spécial. Tardieu l'a parfaitement noté; il cite le fait suivant : « La métamorphose est parfois si complète, que l'on dit d'un jeune pédéraste, connu sous le nom de *fille à la mode* : « Si M. Duval, le chef du bureau des mœurs, « voyait le petit R... avec une robe au lieu d'un pantalon, il serait « fort embarrassé. »

Mais cet habitus féminin précède les habitudes pédérastes, il n'en est pas la conséquence, et bien d'autres que ceux voués à la sodomie possèdent ces attributs. Lorain, dans ses leçons, décrivait avec complaisance un type de jeunes gens nés le plus souvent dans les grandes villes, type dont les caractères spéciaux ont fait créer les nom de féminisme, infantilisme. Ce sont des adolescents, qui vers l'âge de quinze ans s'arrêtent dans leur développement : ils sont petits, ont des formes arrondies, les seins sont développés ; souvent même ils ont à cet âge des inflammations des seins. Le bassin est large, les testicules et la verge sont petits. Quelquefois ils présentent un embonpoint précoce.

Leurs aptitudes génésiques sont, non pas éteintes, mais assez peu déterminées ; ils n'ont pas les ardeurs entreprenantes dévolues au mâle dans la série animale, et s'ils sont débauchés, ils subissent plutôt qu'ils ne provoquent les actes génitaux auxquels ils participent. C'est dans cette classe que ceux qui exploitent les pédérastes choisissent leurs sujets, leurs *clercs* ; c'est par eux qu'ils excitent les instincts pervertis de quelques sodomistes, précisément parce que ces atrophiés ont quelques-unes des formes et des allures féminines.

Les organes internes de la génération participent d'ailleurs à cette atrophie. La protaste, la vessie, ont un volume notablement inférieur. M. Brouardel a pu lui-même, par la dissection, constater l'atrophie du muscle ischio-caverneux.

C'est dans cette catégorie d'adolescents restés infantiles par leurs organes génitaux que l'on trouve les signes décrits par Tardieu, le développement des fesses et la gracilité de la verge.

On voit par ce court exposé que si l'on peut accorder aux caractères tracés par Tardieu, dans son étude sur les attentats aux mœurs, une valeur incontestable, il faut donner à leur existence une interprétation différente. Suivant M Brouardel, pour le médecin légiste, il ne saurait plus être question de trouver dans ces différentes déformations des signes caractéristiques : tous peuvent naître isolément par d'autres causes que la pédérastie, et pour chacun d'eux il faudra à l'avenir établir son mode de production, sa pathologie spéciale, en un mot faire un diagnostic pour chaque cas particulier, et ne pas admettre en médecine légale plus qu'en pathologie de prétendus signes caractéristiques.

CHIMIE BIOLOGIQUE

Dosage clinique de l'albumine (modification du procédé de 1874), par le docteur ESBACH, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker.

Ce procédé a été accueilli avec une telle faveur par le public médical, que je n'ai cessé de travailler à son perfectionnement.

J'ai été conduit à modifier le réactif, qui se prépare d'une manière plus simple et dont l'action est plus constante.

La graduation des tubes étant nécessairement différente de l'ancienne, *les nouveaux albuminimètres porteront les mots: Modèle* 1880, *au lieu et place de* 1re *Méthode.*

Réactif. — Dans 600 ou 800 gr. d'eau, faites dissoudre à chaud : 10 *d'acide picrique* (ou carbazotique) et 20 *gr. d'acide citrique pur*, simplement séché à l'air. Après dissolution, ajoutez assez d'eau pour compléter *le litre.*

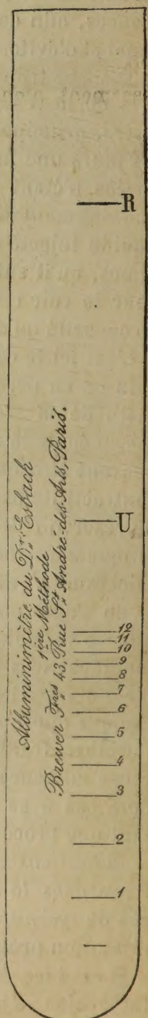
Manuel opératoire. — Versez l'urine jusqu'au trait U, ajoutez le réactif jusqu'au trait R (voir la figure).

Bouchez avec le pouce et *retournez* 12 *fois sans secouer*. Chaque mouvement comprend 1 renversement et 1 redressement. Bouchez ensuite *fortement avec un bouchon de caoutchouc et laissez reposer* 23 *ou* 24 *heures.*

Au bout de ce temps, lisez sur l'échelle du tube la hauteur du coagulum. Cette hauteur se prendra, non sur les bords, mais *d'après le milieu de la surface albumineuse*, qui est généralement plus déprimée que les bords.

La graduation de l'instrument représente *en grammes* la quantité d'albumine contenue dans un litre de l'urine en expérience. Quant aux décigrammes, on les appréciera comme dans l'exemple suivant: le centre du dépôt tombe entre 3 et 4, mais vers le tiers supérieur de cet espace, on lira 3 gr. 7.

Remarques: — 1° *L'urine doit être acide.* Les urines albumineuses éprouvent encore plus rapidement que les autres la fermentation ammoniacale. On devra donc toujours *s'assurer de la réac-*



tion de l'urine, à l'aide du papier bleu de tournesol. Celui-ci rougira rarement d'une manière satisfaisante.

Prenez alors de l'urine dans un verre conique, ajoutez une goutte d'acide acétique; agitez avec une baguette de verre et portez une goutte de liquide sur le papier bleu. Si la tache est *rouge-brique* et non plus rouge violacé, arrêtez-vous; dans le cas contraire, ajoutez de l'acide etc...

2° Les chiffres sont d'autant plus exacts et constants qu'ils sont moins élevés. Si donc vous avez affaire à une urine inconnue et qui paraisse chargée en albumine, il sera plus sûr de diluer l'urine de 1 à 3 volumes d'eau, de manière à ne pas dépasser 4 gr. par exemple.

On tiendra compte de cette dilution de l'expression numérique du résultat.

3° Le procédé convient particulièrement pour les cas de néphrites et des maladies de cœur, mais non pour l'albuminurie légère et transitoire de la fièvre typhoïde.

Reconnaissance de l'albumine par l'acide picrique. — Mettez un peu de réactif dans un tube, puis ajoutez goutte à goutte l'urine filtrée : si, au point de contact, il se produit *instantanément* un trouble, il y a de l'albumine.

Si l'urine était concentrée, et que le trouble fût très-léger et non instantané, on pourrait peut être soupçonner la précipitation d'acide urique; ayez alors la précaution de chauffer préalablement le réactif, ajoutez ensuite l'urine.

Dosage de l'albumine à l'état de picrate d'albumine, procédé de précision (étuve et balance) par le Dr Esbach. Voir: *Bulletin de Thérapeutique* 15 *janvier* 1880 *et Journal des Connaissancec Médicales* 27 *nov.* 1879. Dans ce cas on emploiera le réactif suivant, eau chaude 1 litre, acide picrique 10 gr.; après dissolution et refroidissement, ajoutez 20 gr. d'acide acétique cristallisable.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er *juin* 1880. — Présidence de M. H. Roger.

La **Correspondance non officielle** comprend : 1° Une lettre de M. le Dr **Brame** (de Tours), accompagnée d'une liste de ses travaux de thérapeutique, etc., à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant dans la section de thérapeutique et pour le concours du prix Buignet.

2° Une lettre de M. le Dr **Rousseau** (d'Auxerre) demandant l'ouverture d'un pli cacheté ayant trait à l'action du bromure de potassium dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.

3° Une lettre de M. le Dr de **Campa** (de Valence, Espagne) pour obtenir le titre de membre correspondant étranger.

M. le **secrétaire perpétuel** prend la parole et s'exprime ainsi : Dans l'avant-dernière séance l'Académie a été saisie d'une réclamation de M. **Garrigou** relativement au rapport de la commission des eaux minérales, récemment communiqué à cette tribune, relatif à l'analyse des eaux de Saint-Nectaire. La commission des eaux minérales, à laquelle l'Académie avait renvoyé cette lettre, nous a prié d'en donner lecture.

Voici cette lettre à laquelle je demanderai la permission de répondre ensuite quelques mots.

« Paris, 17 mai 1880.

« M. le Président, je viens de lire le rapport de M. **Le Fort** lu à l'Académie dans la séance du 4 mai et relatif à la question du mercure de Saint-Nectaire. Ce rapport contient de nombreuses erreurs et des inexactitudes. Permettez-moi de vous signaler la plus importante et d'en demander la rectification.

« M. **Le Fort** affirme au nom de la commission des eaux minérales que j'ai refusé de me rendre au laboratoire de l'Académie pour répéter une expérience démontrant la présence du mercure dans les dépôts ocreux de Saint-Nectaire (1) j'affirme de la façon la plus formelle (mes trois dernières lettres à M. le secrétaire perpétuel en font foi de même que le rapport de M. Le Fort (2) que j'ai accepté une expertise équitable démontrant d'une façon certaine la présence du mercure et des autres métaux dans l'eau de Saint-Nectaire, source du Rocher. Je n'aurais pu reculer, car je sais que je dis vrai. La commission des eaux minérales m'a fait écrire par M. le secrétaire perpétuel, le 17 avril 1880, qu'elle me refusait l'expérience dans les conditions équitables auxquelles je la subordonnais.

« Persuadé, M. le Président, que les sentiments d'équité qui vous animent ne peuvent qu'être favorables à la juste demande que j'ai l'honneur de vous adresser, je vous prie d'agréer l'expression de mon profond respect. « Dr F. Garrigou. »

Messieurs, je ne voudrais rien dire de désobligeant pour notre honorable confrère, mais il m'est impossible de ne pas faire remarquer que la commission des eaux minérales par l'organe de son rapporteur a déjà répondu d'une manière péremptoire aux réclamations de M. **Garrigou**, Que l'Académie juge elle-même. « Si M. Le Fort, écrivait M. **Garrigou**, à la date du 27 août 1878, dans une lettre reproduite au rapport si M. Le Fort ne retrouve pas aussi le mercure je me charge, et cela en présence de toutes les témoins qu'il plaira à M. Le Fort d'appeler, de répéter l'expérience, etc. » Conformément au désir de M. **Garrigou** et sur l'invitation de la commission des eaux minérales, j'ai eu l'honneur d'écrire à M. **Garrigou** que cette commission se tenait à sa disposition dans le laboratoire de l'Académie où se trouvaient des échantillons authentiques de l'eau de Saint-Nectaire (source du Rocher).

A cette invitation M. Garrigou a répondu qu'il n'acceptait cette expertise en commun que si elle portait « sur un échantillon de 500 litres d'eau de la source du Rocher puisés en 1877 et officiellement déposés à la mairie de St-Nectaire. »

Ne voulant rien négliger pour découvrir la vérité la commission a réclamé cette eau minérale au propriétaire de la source du Rocher, qui le 18 mai 1878 a fait cette réponse, que M. **Garrigou** a pu lire au bulletin de l'Académie (séance du 4 mai 1880, p. 428):

« Je n'ai plus les bonbonnes que M. Garrigou avait fait remplir en présence du maire de la commune.

« Depuis plus de deux ans qu'elles étaient pleines, j'ai dû les vider et les utiliser pour les expéditions. » En présence de cette impossibilité absolue, que pouvions-nous faire? Un des membres de la commission des eaux minérales s'est rendu à Saint-Nectaire, et là, en présence du maire de la commune (qui a fourni un certificat à l'appui) et en présence du propriétaire de l'etablissement thermal, 3 bonbonnes de verre noir ont été remplies chacune de 20 litres d'eau minérale et de 3 litres de dépôt boueux dans le canal du réservoir de la source du Rocher.

La parfaite intégrité des cachets qui avaient été apposés en présence de notre représentant a été vérifiée par lui à l'arrivée des bonbonnes au laboratoire de l'Académie.

C'est à l'analyse en commun de cette eau que M. **Garrigou** persiste à refuser son concours après l'avoir offert. Je n'ai pas autre chose à ajouter.

M. **Fauvel** lit un rapport général sur les eaux minérales.

M. **Bourgoin** lit un rapport officiel sur le prix **H. Buignet.**

Les conclusions du rapport seront discutées en comité secret.

M. **Pasteur**, met sous les yeux de l'Académie, en réponse aux objections que lui a faites M. **Depaul** dans la dernière séance, les résultats de ses expériences sur le choléra des poules. « Si, dit-il, on prend un vase renfermant du bouillon de poule parfaitement pur, c'est-à-dire mis au contact d'un air absolument dépourvu de germes, si l'on introduit dans ce liquide une goutte du liquide dans le uel on a cultivé le microbe, le petit organisme s'y développe rapidement et quelques heures après le liquide est troublé. Ce liquide injecté à des poules les tue d'une façon infaillible, même à dose très faible.

On prouvera de la façon suivante que c'est bien l'organisme microscopique qui est la cause de la maladie et de la mort. Si l'on filtre ce liquide de manière à retenir les microbes sur les filtres, le liquide qui passe est inoffensif. Si l'on prend un tube contenant le virus et qu'on le place pendant quelques jours dans un milieu à température constante, les germes tomberont au fond et si l'on inocule la partie supérieure du liquide, l'inoculation sera stérile, tandis que si l'on inocule les couches inférieures on détermine la maladie et la mort. Donc la maladie et la mort sont déterminées par le microbe.

(1) Rapport de M. Le Fort, p. 427, 2e paragraphe, lignes 4 et suivantes.

(2) Rapport, id. p. 428, 1er paragraphe au haut de la page.

VARIÉTÉS

Un rapport médico-légal..... dans vingt ans.

Je soussigné, docteur *in utroque jure et quibusdam aliis* chargé par M. le juge d'instruction de procéder à l'examen de l'état mental du nommé Anankais, âgé de 20 ans, sans profession, né à..... .... département de................ inculpé de viol suivi d'assassinat sur un enfant âgé de moins de 5 années, après avoir prêté serment, déclare que le rapport ci-après est en mon âme et conscience l'expression de mes opinions scientifiques et médico-légales, et que ces opinions doivent dicter l'arrêt du jury si le jury a quelque souci de la physiologie morbide et de l'analyse pathologique des fonctions cérébrales.

Division du sujet. Le législateur a disposé en son article 64 du Code pénal qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence. Il a cru sans doute que rien n'était plus clair et que la démence était cet état mental où l'individu a perdu toute notion de la réalité, toute conscience morale et intellectuelle et qu'il agit à la manière d'un boulet de canon ou d'une tuile qui se détache d'un toit « Il n'y a ni crime ni délit, » c'est-à-dire, semble-t-il, que l'article est réservé à des cas tellement évidents d'incohérence mentale qu'il n'y a lieu ni à verdict ni à jugement. Il ne pourrait en effet y avoir ni verdict ni jugement là où il n'y a ni crime ni délit.

Mais, grâce aux progrès de la pathologie, on s'est aperçu quelques années après la rédaction de cet article que c'était en vérité trop restreindre le sens du mot démence, et qu'il fallait comprendre par ce mot toute atteinte de l'intégrité fonctionnelle du cerveau. En effet la Justice doit être absolue et elle cesserait de l'être si elle plaçait au même niveau l'être faible de raison et celui qui est en pleine possession de ses facultés mentales; elle réserve à celui-ci ses rigueurs salutaires, elle accorde à celui-là des atténuations proportionnelles ou l'exonération pure et simple. Bien interprété l article 64 conduit droit à déterminer la part de la démence dans l'accomplissement d'un acte criminel, c'est-à-dire le degré d'intégrité absolue des fonctions cérébrales. Notre mission consiste donc à apprécier exactement ce qui, dans l'accomplissement d'un acte qui tombe sous le coup des lois, peut en atténuer la responsabilité ou même la supprimer; difficile, en apparence, cette mission qui emprunte quelque chose aux attributs divins n'est pas au-dessus des ressources de notre science.

En vain quelques sophistes ont prétendu que nous manquions nécessairement de précision dans une telle recherche, et que d'ailleurs le rôle de la société était non de punir et de châtier, mais tout simplement de défendre la société contre les empiétements du crime, et cela par tous les moyens que la raison et l'expérience semblent indiquer. Il faut méconnaître la puissance de l'analyse psycho-pathologique pour soutenir cette thèse et c'est raveler la dignité de la Justice que de prétendre l'assimiler aux sciences expérimentales et utiles. Non la Justice est la Justice. Elle donne la vraie mesure et le vrai poids. En présence d'un crime, commis elle recherche si l'inculpé n'est pas le jouet d'une hallucination, d'une conception fausse, d'une passion irrésistible, d'une tendance héréditaire, d'une faiblesse d'appréciation du bien et du mal, d'une intention bonne en soi peut-être, d'un légitime ressentiment, d'une maladie nerveuse produite par l'abus des alcooliques, du hachisch, de l'opium, de l'éther, du tabac et des autres poisons, des effets de l'isolement ou de l'excitation collective, des passions politiques, des revers de fortune ou d'une ambition disproportionnée, en un mot de toutes les grandes commotions nerveuses qui dérangent l'équilibre naturellement parfait des hommes; mais la Justice ne s'arrête pas à ce point; elle recherche encore la part des grandes maladies, diathèses, idiosyncrasies, affections et constitutions où seul le mèdedecin voit clair; l'épilepsie vulgaire ou larvée, la dyspepsie hypochondriaque, la folie violente, l'hystérie, le puerpéralisme, la monomanie et la pseudo-monomanie, la folie raisonnante et la déraisonnante même, et bien d'autres formes connues seulement de hommes très versés dans l'étude différentielle et intégrante de l'entendement, voilà autant d'états qui rentrent dans l'article 64, lequel, dans sa rédaction qui n'a de sens commun que l'apparence (comme si cela suffisait), semblerait n'y avoir jamais pensé.

Il s'agit bien en vérité d'effrayer ceux qui seraient tentés de commettre des crimes! A qui fera-t-on croire qu'un gendarme ou un geolier a jamais effrayé qui que ce soit. L'échafaud même, cela a été prouvé, mène les masses à l'asssassinat par une sorte d'attraction mystérieuse que l'on a comparée, non sans quelque raison, au vertige des profondeurs ou des rivières. Il s'agit d'être juste et de remplacer Dieu lui-même comme au jour du jugement dernier. Vous préserverez la société bien plutôt par une salutaire application des grands principes que par de vains exemples de châtiments souvent immérités. La justice ce n'est pas seulement l'équité c'est la douceur, c'est la philantrophie, c'est la charité, c'est l'oubli, c'est la tolérance!..... En vain, dira-t-on qu'il faut avoir un peu d'égard pour les victimes futures et que s'il était bien démontré que les lois de Dracon sont bonnes il vaudrait mieux les appliquer que de laisser les crimes aller leur train. L'important c'est que les principes soient sauvegardés et nous allons les appliquer au nommé Anankais inculpé, ainsi que dessus, de viol suivi d'assassinat sur un enfant âgé de moins de 5 ans.

Au seul énoncé de ce crime l'homme de science, le psychologiste morbide, analyste et phrénométriste sent qu'il est sur son terrain. Une émotion bien légitime le pénètre. Violer une petite fille de cinq ans est en soi quelque chose de pathologique et l'on se sent naturellement porté à plaindre celui qui est capable d'un pareil attentat. Sans doute la victime peut être aussi un objet de compassion; sa mère elle-même qui hier encore le voyait jouer à la poupée dans ce pauvre ménage que l'enfance égayait, sa mère doit avoir cruellement souffert, — mais au moins sa conscience est pure et l'enfant est morte, tandis que le criminel est lui, vivant, bourrelé de remords! Cela seul lui vaudrait d'atténuantes circonstances, celles que l'on donne en pareil cas, selon l'usage, à Moyaux, à..., à....

Mai ici, je sors un peu de mon rôle de médecin légiste et je m'en excuse. Un médecin légiste est toujours doublé d'un juré et un juré incarnerait toujours quelque portion de la Justice, si la Justice absolue n'était pas une et indivisible.

Je reviens à la question cérébrale. Écartons d'abord l'assassinat et la cuisson. Il est évident que le malheureux inculpé n'a assassiné que pour acheter le silence de la victime et qu'il n'a fait cuire les débris que pour les mieux faire disparaître. Ces faits déplorables, je le reconnais, n'ont pas aux yeux de la psychologie la première place, c'est au viol qu'il faut la donner et si nous pouvons établir ici que l'inculpé en accomplissant ce regrettable forfait n'a fait qu'obéir à des impulsions absolument maladives, nous croyons qu'en bonne logique l'assassinat, conséquence douloureuse, mais presque fatale, ne doit pas empêcher l'inculpé de bénéficier de l'article 64. « Il n'y a ni crime, ni délit, etc. »

Or, examinons : 1° l'état physiologique de l'inculpé et 2° son état social.

1° Etat anatomique physiologique de l'inculpé : Grand, fort, bien proportionné, rien au premier abord ne semble anormal chez Anankais. Mais un examen plus attentif montre que le diamètre antéro-postérieur du crâne est légèrement oblique, ce qui le fait rentrer dans la classe des plagiocéphales. Un peu d'apla-

JOURNAL DES CONNAISSANCES MEDICALES

tissement du frontal et un certain degré d'épaississement du pariétal gauche mérite aussi d'être noté. Le crâne est assez volumineux mais il se rapproche sensiblement du type préhistorique de Cromagnon, de sorte qu'il pourrait bien se faire que le jeune Anankais fût un descendant des hommes de cette période peu connue mais de mœurs sauvages. On a démontré au Congrès anthropologique de 1878 que les anomalies osseuses, très-communes d'ailleurs chez tous les hommes l'étaient aussi chez les criminels. Il est probable que les circonvolutions cérébrales offrent aussi quelques anomalies, ainsi qu'on l'a remarqué chez quelques criminels célèbres et aussi chez quelques personnes qui, à la connaissance du parquet, n'avaient jamais commis aucun crime, ce qui tendait à faire supposer que nombre de crimes demeurent inconnus. D'ailleurs le sujet est sain et ses dispositions érotiques sont manifestes ; il est fâcheux qu'une bonne éducation n'ait pas été suffisante pour les réprimer. Il y a lieu de croire cependant que si sa fortune lui eût permis de les satisfaire largement, si la fatalité ne l'avait fait naître pauvre, nous n'aurions pas un crime aussi grave à analyser. Mais il n'a pas dépendu de lui de naître riche et il y a lieu de tenir compte de cette condition de pauvreté qu'il n'a pas choisie.

Nous n'avons pas cru devoir nous en tenir à l'hérédité palœolithique si bien établie cependant par l'observation crâniologique. Grâce au zèle spontané d'un confrère qui avait donné des soins à quelques personnes de la famille de l'inculpé, nous avons appris qu'il existait dans une branche collatérale quelques cas d'alcoolisme, un cas de surdi-mutité et un cas d'hystérie démonomanique chez une cousine de la tante de l'inculpé. Cette intéressante malade que nous sommes empressé d'examiner avait même servi de sujet pour les expériences de transfert métallopsychique (1) hémi-anesthésique (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la diphthérie par l'acide carbolique et l'iodoforme, par M. Garnet.

M. Garnet emploie ces deux remèdes en applications locales. Il étend d'abord avec un pinceau une solution caustique d'acide carbolique dans de la glycérine (en parties égales) sur les points de la muqueuse malade ou recouverts de fausses membranes. Celles-ci, douze heures environ après l'application de l'acide, se laissent facilement enlever par une légère friction. L'iodoforme en poudre très fine est alors projeté dans la gorge avec un tube de verre sur les parties enflammées ou ulcérées. On recommande au malade d'éviter tous les mouvements (toux, déglutition, etc.) qui pourraient enlever le dépôt d'iodoforme. On recommence ce traitement deux ou trois fois par vingt-quatre heures et pendant plusieurs jours. Purgation au calomel au début; quinine et fer pendant le déclin de la maladie. (*Americ. Journ. med. sc. and Pract.*, II, 1879, p. 205.)

De l'action comparée de la duboisine et de l'atropine, par le docteur Sydney Ringer.

D'après l'auteur, la duboisine produit les mêmes symptômes que l'atropine, mais elle est beaucoup plus puissante. Une dose de 0 milligr,55 de sulfate de duboisine prise par la bouche détermine au bout d'une demi-heure les symptômes suivants, qui atteignent toute leur intensité en deux heures et persistent sept ou huit ; ce sont : d'abord, sécheresse de la bouche ; puis dilatation des pupilles, assoupissement léger, grand faiblesse et vertige; le malade peut à peine marcher et manger ; des plaques d'érythème avec gonflement local de la peau apparaissent à la face ; pouls lent et plein. La même dose de sulfate d'atropine produit seulement une légère sécheresse de la bouche. Il en est de même d'une dose d'atropine de 1 milligramme prise en deux fois et à deux heures d'intervalle ; tandis que la même quantité de sulfate de duboisine détermine de plus de l'assoupissement, du délire, des secousses dans les membres, élévation du nombre des pulsations et des respirations Tweedy a montré que, inversement, chez les grenouilles l'atropine causait une paralysie du système nerveux moteur du cœur et de la respiration plus intense que celle de la duboisine. (*Practitioner*, octobre 1879, et *Lyon médical.*)

(1) Au moment de livrer le rapport à l'imprimerie nous apprenons avec regret qu'il s'agissait là d'un cousin par alliance. Ce n'est donc pas l'hérédité qu'il faudrait ici mettre en cause mais plutôt l'imitation ou quelque autre phénomène psychologique du même ordre, la contagion nerveuse par exemple.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'orthophonie, par le Dr Colombat (de l'Isère). 1880 Asselin et Ce éditeurs.

C'est à l'étude physiologico-pathologique des organes de la voix, mais surtout à celle du bégaiement et des vices de la parole que se rattache, en médecine, le nom de Colombat.

Une idée bien simple le guida dans cette dernière étude : il avait remarqué que les bègues, dans certaines circonstances, articulent avec netteté, par exemple lorsqu'ils chantent ; il lui parut alors complètement illusoire d'aller chercher les causes de cette infirmité dans une conformation vicieuse des organes vocaux.

Trop tôt enlevé à ses études physiologiques, il mourut en 1851 sans avoir pu donner à sa méthode d'orthophonie tous les développements qu'il lui avait fixés dans sa pensée.

M. E. Colombat, désirant vulgariser cette méthode de redressement vocal et poursuivant les travaux orthophoniques de son père, ouvrit à son tour des cours particuliers qui, sur sa demande furent l'objet d'une enquête administrative. Cette dernière aboutit à la création d'un cours d'orthophonie et à l'annexion de ce cours à l'institution nationale des souds-muets de Paris. Ce cours est ouvert au mois d'octobre et se termine au mois de juillet.

M. E. Colombat dans le traité qu'il vient de publier nous expose sa méthode.

Ce traité est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur nous montre le rôle de la volonté, de la docilité et de la mémoire dans l'étude de la parole ; il décrit ensuite le bégaiement dans les classes aisées et non aisées, le bégaiement imaginaire ; i montre enfin l'influence physique des exercices vocaux sur le bégaiement. Plus loin, M. Colombat expose le rôle de l'élément pédagogique dans le redressement vocal du bégaiement et des vices de la parole.

Dans la seconde partie il étudie le mécanisme de l'appareil de la phonation, puis les vices de la parole, le grasseyement, le bredouillement, le bégaiement, etc, et enfin les moyens orthophoniques qui conviennent plus particulièrement à chaque variété de bégaiement.

La troisième partie est consacrée à la physiognomonie. Il est effet de toute utilité après avoir redressé les vices de la parole, de faire connaître aux élèves la phonation esthétique et de leur apprendre ce que dans l'art oratoire, on nomme l'action.

Ce traité offre un intérêt considérable et doit être lu de tous ceux qu'intéressent à juste titre ces questions d'orthophonie.

De la pleurésie interlobulaire suppurée, par le Dr Martinez Mesa. A. Delahaye et Ce éditeurs.

Dans ce travail l'auteur étudie les épanchements purulents

interlombaires. Les observations détaillées ne sont pas parait-il nombreuses puisque M. Martinez Mesa n'a pu en réunir que huit bien nettes. L'auteur expose la symptomatologie, la marche, les terminaisons de ces épanchements purulents. Le diagnostic qui le plus ordinairement en est fort difficile, est étudié avec soin.

NOUVELLES

Montpellier, 29 mai 1880.

« Le corps des agrégés s'est réuni le 27 courant à l'effet d'examiner les questions soulevées par la situation de M. Amagat, l'un de ses membres.

« Après avoir entendu les communications de M. Lannegrâce et Mairet; après avoir en assemblée plénière (professeurs et agrégés) pris connaissance du dossier concernant M. Amagat, le corps des agrégés se déclare entièrement satisfait des éclaircissements fournis par M. le Doyen au nom de la Faculté et spécialement des réserves explicites qui ont été faites en faveur des droits de l'agrégation. Il affirme par suite qu'il reste uni dans cette circonstance avec le corps des professeurs. »

Ont signé :

Jacquemet, Pécholier, Batlle, Gayraud, Hamelin, Grynfelt, de Girard, Serre, Grasset, Roustan, Carrier, Mairet, Chalot, Bimar, Lannegrâce.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines, par le Dr Boussi; in-8°, prix : 3 francs. Paris, V. Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Etude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique, par le Dr Véringuier; in-8°, prix : 2 fr. 50. Paris, V, Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

De la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse, avant le travail, par le Dr Hourlier; in-8°, prix : 3 francs. Paris, V. Adrien Delahaye et Cie. éditeurs.

Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire, par L. Ranvier, professeur d'anatomie au Collège de France. etc., recueillies par J. Renaut; 2 vol. in-8° avec 99 figures dans le texte, prix : 12 francs; cartonné, 13 francs. Paris, V. Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Manuel pratique de l'inspecteur des pharmaciens ou répertoire général des attributions et des devoirs des commissions d'inspection, etc., par Ed. Dupiax, pharmacien de 1re classe et le Dr Ricard, 1 vol. in-18, avec 109 tableaux, prix : 3 fr. 50. Paris, V. Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Opération d'anus artificiciel dans la région lombaire pour un sarcôme du rectum, prolongation de la vie pendant cinq mois, par le Dr S. Pozzi. — France médicale, n° 8, 28 janvier 1880.

Quelques considérations sur les divers procédés de réduction des luxations iliaque et ilio-ischiatique, et en particulier sur le procédé du professeur Lefort, par M. Barthélemy. — Même journal.

De l'adéno-pelvi-péritonite. Leçon du Dr Martineau (hôpital de Lourcine). — France médicale, 1879, n° 102. — 1880, n° 10.

Ligature de l'artère Méningée moyenne dans un cas de fracture des parties latérales du crâne compliquée de plaie. Guérison, par le professeur Hueter. — France médicale, janvier 1880, numéros 1 et 2.

Mélanodermie généralisée avec lésion des capsules surrénales, par Ernest Gaucher. — France médicale, janvier 1880, n° 2.

Sur la structure des glandes sudoripares, par L. Ranvier. — Académie des sciences, séance du 29 décembre 1879.

Études sur les microscopes étrangers, par le Dr Pelletan, in-8° avec 42 figures dans le texte, prix : 2 fr. 50. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Empoisonnement par l'emploi chirurgical de l'acide phénique.

Le Dr Inglessi a réuni des observations publiées à l'étranger, et surtout en Allemagne, où les pansements phéniqués ont déterminé des accidents toxiques. Voici les conclusions de ce travail :

I. — Les symptômes de l'empoisonnement par l'application extérieure de l'acide phénique sont réels et à peu de chose près les mêmes que ceux qui suivent l'absorption du poison par la muqueuse digestive.

II. — Cet empoisonnement se rencontre surtout dans les cas où l'acide phénique a été appliqué sur la peau ou injecté dans une cavité séreuse, muqueuse ou dans la cavité d'un abcès. A la surface des plaies exposées, l'absorption est plus lente et les effets toxiques moins à redouter. La muqueuse des voies respiratoires peut servir de voie d'introduction au poison.

III. — Les accidents revêtent plusieurs formes :
1° Une forme aiguë grave;
2° Une forme aiguë légère;
3° Une forme chronique.

IV.—Il existe, quant à la production plus ou moins facile de cet empoisonnement, des idiosyncrasies particulières; les femmes et les enfants y sont plus exposés.

V. — La dose est variable; pour les gens prédisposés, les accidents peuvent survenir avec 1 gramme d'acide phénique.

VI. — L'acide phénique ne doit pas être rejeté dans le pansement des plaies ouvertes, mais dans les plaies contuses l'emploi doit en être plus réservé; et même dans quelques cas cet agent doit être remplacé par un liquide antiseptique moins dangereux.

VII.—Le traitement dans les cas d'intoxication suraiguë doit consister dans l'emploi de la respiration artificielle, des stimulants diffusibles et spécialement des injections sous-cutanées d'éther.

Dans les autres cas, il suffit de supprimer la cause de l'intoxication, c'est-à-dire les pansements phéniqués.

(*Bull. gén. de thér.*)

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.